

Особливості клінічної класифікації шкірного та суглобового синдромів при псоріатичній хворобі

Сизон О.О.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ КОЖНОГО И СУСТАВНОГО СИНДРОМОВ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Сызон О.О.

Разработаны клинико-диагностические критерии для определения фенотипа псоріатической болезни путем анализа отечественной и иностранной литературы, собственного опыта. Указанные критерии необходимы для работы дерматологов в качестве опорно-вспомогательных в ходе постановки расширенного диагноза псоріатической болезни, проведения дифференциальной диагностики, оценки клинико-терапевтического эффекта предлагаемой терапии. С целью усовершенствования классификационных критерий и приближению их за специфичностью и чувствительностью к 100 %, представлена анкета для унифицированного тестирования и обследования псоріатических больных.

THE PECULIARITIES OF CLINICAL CLASSIFICATION OF CUTANEOUS AND ARTICULAR SYNDROMES UNDER PSORIATIC DISEASE

Syzon O.O.

The clinical-and-diagnostic criteria for determining the psoriatic disease phenotype have been worked out by analyzing domestic and foreign literature, the personal experience. The criteria mentioned are required for dermatologists' work as auxiliary criteria in the course of determining the comprehensive diagnosis of psoriatic disease, carrying out the differential diagnostics and evaluating clinical-and-therapeutic effect of the treatment having been offered. In order to improve the classification criteria and to put them closer to 100 % of their specificity and sensitivity, a questionnaire for uniform testing and examination of psoriatic patients is presented.

На початку XIX ст. завдяки роботам Роберта Віллана (1757-1812) та його учнів сформувалося уявлення про псоріаз, з'явилися описи його з урахуванням варіацій клінічної картини. До цього періоду хворих на псоріаз включали в групу лепроматозних (проказних захворювань). На сьогоднішній день існує рекордна кількість робіт по вивченню етіопатогенезу псоріазу, налічується біля 7000 препаратів, які використовуються для його лікування [7, 8, 21]. З цього приводу дуже влучно сказано у монографії Т. І. Шевченка та В. Г. Шлопова: „Обилие информации по самым разнообразным аспектам псоріаза, множество накопленных фактов и еще более число неоднозначных, а зачастую диаметрально противоположных их трактовок способны повергнуть в ужас любого исследователя, пожелавшего проанализировать это сказочное информационное сокровище. Недаром вывод о практической невозможности систематизиро-

вать накопленные сведения является одним из наиболее постоянных в обзорных работах по псоріазу“ [26].

У наш час псоріатична хвороба (ПХ) залишається актуальною медико-соціальною проблемою не лише за показниками захворюваності, а й через більш важкий прогресуючий перебіг дерматозу, нерідко асоційованого із захворюваннями органів, що містять сполучну тканину, а також недостатню ефективність рекомендованої терапії [15, 17, 26]. З 1995 р. кількість зареєстрованих випадків псоріазу лишень у Львівській обл. зросла з 3127 до 5133 у 2009 р.; динаміка вперше виявленого дерматозу збільшилась на 27 %, почастішали атипові та тяжкі форми хвороби, особливо в молодих осіб.

На фоні динаміки розвитку ПХ не вдалось представити таку, що відповідає артропатичному псоріазу (АП), оскільки частина пацієнтів, з метою підтвердження інвалідності, неоднора-

зово ротувала з дерматологічних стаціонарів у ревматологічні, в інших – діагноз при виписці не відповідав попередньому, враховуючи, що на сьогоднішній день АП виставляється при наявності лише рентгенологічної симптоматики.

Неможливість статистичної обробки АП була зумовлена й тим, що для опису одного й того самого патологічного суглобового процесу застосовувались поняття:

- псоріатична артропатія;
- псоріатичний артрит (ПсА);
- деформуючий ПсА;
- псоріатична остеоартропатія, –

які мають різні клініко-анатомічні прояви. Визначитись у етіопатогенетичному вживанні термінів для опису суглобового процесу при АП стало однією з наших задач.

«Псоріатична артропатія» – це загальне поняття для опису суглобової патології, а оскільки, з дерматологічної точки зору, ми розглядаємо суглобовий синдром при ПХ, як її різновид, то логічною є назва АП, який останнім часом представляється з позиції генералізованої ентезопатії і включає такі стадії розвитку:

- псоріатичну ентезопатію, що проявляється у більшості випадків лише артралгіями (УЗД, МРТ, сцинтиграфія);

- у подальшому запальний процес з ураженого сухожильно-зв'язкового апарату переходить на синовіальну оболонку суглобів з розвитком власне ПсА, як реактивного процесу по відношенню до пошкоджених ентезисів, та деформуючого ПсА, що підтверджується рентгенологічними змінами.

Отже, ентезити слід розглядати, як початкову стадію складної патологічної імунної відповіді. Вважаємо, що власне хронічний патологічний імунний суглобовий процес індукує розвиток вторинного ОП, який є критерієм вираженості остеопенії та однією з перших рентгенологічних ознак АП. Це дозволило назвати ПсА «псоріатичною остеоартропатією», підкреслюючи вирішальне значення змін в кістковій тканині [20, 21].

Морфологічні прояви клінічного розвитку ПХ можуть імітувати різні дерматози. Крім того, в середині самої нозології необхідно чітко диференціювати:

- тип хвороби;
- стадію;
- гостроту перебігу;
- різні клінічні форми.

Класифікаційні критерії ПХ, які б мали ви-

соку чутливість та специфічність, необхідні як лікарям для сприяння у встановленні розгорнутого клінічного діагнозу ПХ, так і науковцям – для проведення скринінгу та створення однорідних груп хворих для подальших досліджень.

Найбільш поширеними в повсякденній вітчизняній практиці є класифікаційні та діагностичні критерії для постановки діагнозу ПсА, розроблені асоціацією ревматологів та ортопедів-травматологів України (2004) на основі рекомендацій Інституту ревматології РАМН (В. В. Бадокін, 1989) [13]. У сучасній літературі подано різні класифікаційні набори для ПХ [24, 27-34]. Але в наших умовах деякі методи обстеження, запропоновані іноземними науковцями, особливо для встановлення діагнозу АП, залишаються недоступними на практиці. Інші не в повній мірі розкривають етіопатогенез, фенотип ПХ, що має значення для подальшої діагностики, особливо атипових форм патологічного процесу та створення відповідних схем лікування.

Тому розробка власних доступних наборів класифікаційних критеріїв на сьогоднішній день є вкрай необхідною та назрілою проблемою практичної та наукової дерматовенерології.

Мета дослідження – розробка і узагальнення діагностичних, класифікаційних критеріїв для використання їх в якості допоміжно-опорних при постановці діагнозу ПХ, АП та формування однорідних уніфікованих груп пацієнтів для проведення подальших наукових досліджень.

Матеріали та методи дослідження. На основі аналізу літературних джерел, баз фондів псоріазу, *MedLine*, *PubMed*, *EMBASE*, Кокранівської бібліотеки та власних спостережень, стало необхідним розробити і узагальнити класифікаційні критерії ПХ, які стануть допоміжно-опорними при постановці поширеного уніфікованого діагнозу та формування однорідних груп пацієнтів для призначення ефективної терапії, проведення диференційної діагностики та визначення високо достовірних клініко-діагностичних ознак АП, особливо для його латентної форми.

Результати та їхнє обговорення. Інтерес до проблем, що стосуються класифікації ПХ та АП, який зріс за останні роки, частково пов'язаний із застосуванням нових терапевтичних методик, зокрема біологічних препаратів. Питання класифікації особливо важливі для клініцистів, оскільки єдиний підхід у цій області сприяє кращому розумінню патогенетичних механізмів,

допомагає визначити терапевтичну стратегію і прогнозувати відповідь на лікування. Опрацювавши дані літературних джерел сьогодення та власних спостережень, ми розширили, на нашу думку, найбільш фахову робочу класифікацію ПсА, запропоновану О. В. Терлецьким і представлену в розробленій нами загальній класифікації ПХ у 2008 р. [21]. Тож, враховуючи етіопатогенез ПХ, як поєднання шкірного, суглобового синдромів на фоні функціональних змін пошкодженого організму, для постановки розгорнутого діагнозу хвороби рекомендуємо враховувати таке:

1 Наявність шкірного синдрому, який характеризується за такими ознаками [21]:

1.1 Поширеність патологічного процесу [1, 15]:

1.1.1 Обмежений псоріаз (візуалізуються смуговидні чи поодинокі бляшки на шкірі волосистої частини голови або розгинальних поверхонь ліктів, колін, інших ділянок) [15].

1.1.2 Дисемінований або поширений псоріаз (спостерігаються численні елементи на різних ділянках тіла) [1].

1.1.3 Дифузний псоріаз (характерні суцільно зливні бляшки, котрі займають значні ділянки шкіри спини, живота, кінцівок) [10, 15].

1.1.4 Універсальний псоріаз або псоріатична еритродермія (універсальне пошкодження шкірного покриву) [15].

1.2 Характер папульозних елементів:

1.2.1 Вульгарний псоріаз – *psoriasis vulgaris* (або типовий псоріаз) з типовою папульозною висипкою, за розміщенням якої розрізняють [7, 19]:

1.2.1.1 Лінійний псоріаз (*psoriasis linearis*).

1.2.1.2 Гірляндовидний псоріаз (*psoriasis gyrata*).

1.2.1.3 Географічний або фігурний псоріаз (*psoriasis geografica seu figurata*).

1.2.1.4 Кільцевидний псоріаз (*psoriasis annularis*).

1.2.2 Атиповий псоріаз:

1.2.2.1 Плямистий псоріаз – *psoriasis exanthematica* (характерна слабо виражена інфільтрація елементів, які мають вигляд не папул, а плям, що нагадує токсикодермію) [10, 15].

1.2.2.2 Ексудативний або вологий псоріаз – *psoriasis exudativa seu humida* (луски просякаються ексудатом з утворенням жовтих, рихлих луско-кірок) [10, 15].

1.2.2.3 Екзематичний псоріаз – *psoriasis eczematoides* (нашаровуються явища ексудації,

кірки, розчухи, що нагадує екзематозний процес) [12, 24].

1.2.2.4 Себорейний псоріаз – *psoriasis seborroica* (локалізація висипу в себорейних ділянках; лущення склеюється, набуває жовтуватого кольору із-за випоту сальних залоз; процес нагадує себорейну екзему) [10, 15].

1.2.2.5 Інтертригінозний або псоріаз складок – *psoriasis intertriginosa* (частіше патологічний процес спостерігається в фізіологічних складках; лущення слабо виражене, характерна мацерація; поверхня гладка, яскраво-червоного кольору) [12, 24].

1.2.2.6 Пустульозний псоріаз – *psoriasis pustulosa* (з пустулізацією та ерозіями по типу змішаного імпетигу); В. Н. Мордовцев [12] у 1995 р. виділив:

- генералізований пустульозний псоріаз Цумбуша (Zumbusch, 1909) [1, 10, 18, 35];

- обмежений пустульозний псоріаз Барбера (Barber, 1930) [1, 4, 7, 22, 35];

- псоріазоформні пустульозні дерматози (хронічний гнійний акродерматит Аллопо, пустульозний бактерид Ендрюса, герпетиформне імпетигу Гебри) [24].

Згідно нашим спостереженням та даним результатів гістологічного досліджень останніх років [24], псоріазоформні пустульозні дерматози рекомендуємо розглядати, як окремі нозологічні одиниці, а до різновидностей пустульозного псоріазу відносити лише генералізований пустульозний псоріаз Цумбуша та обмежений пустульозний псоріаз Барбера.

1.2.2.7 Папіломатозний або бородавчастий псоріаз – *psoriasis papillomatosa seu verrucosa* (зі значною інфільтрацією та бородавчастим розростанням елементів висипу) [10].

1.2.2.8 Застарілий псоріаз – *psoriasis inverata* (в основі вогнищ – значний інфільтрат з масивними лусками, які важко знімаються і то, зазвичай, не до кінця; як різновид – асбестовидний псоріаз) [10, 24].

1.2.2.9 Рупіюїдний псоріаз – *psoriasis rupioides* (зі слоїстими кірками, що надає висипанням конічної форми та нагадує «мушлю слимака») (А. І. Поспелов, 1914).

1.2.2.10 Фолікулярний або інфундібуліформний псоріаз – *psoriasis follicularis seu infundibuliformis* вперше описав С. Ф. Крахт у 1891 р. (дерматоз характеризується наявністю дрібних капсуловидних папул з ліycopодібним втисненням у центрі, які розміщені у сально-фолікулярних ділянках) [10].

1.2.2.11 Подразнений псоріаз – *psoriasis irritabilis* (внаслідок дії подразників: мазі, сонячна інсоляція, – бляшки приймають вишневий колір, стають більш випуклі, з широким гіперемічним вінчиком довкола; часто переходить в еритродермію) [10, 15].

1.2.2.12 Зворотній або псоріаз згинів – *psoriasis inversu seu flexuratum* (локалізація висипу – на згинальних поверхнях) [10].

1.2.2.13 Псоріаз долонь і підшов – *psoriasis palmaris et plantaris* описали С. І. Бортняєв (1926) та А. М. Арієвич (1964); автори відносять до атипових форм у тих випадках, коли псоріатичні бляшки набувають гіперкератотичного характеру, стимулюючи утворення мозолей (*clavi psoriatici*) чи кератотичного, подібного до *eczema tyloticum*, або везикуло-пустульозного характеру, що нагадує мікробну екзему [24].

1.3 Величина елементів [1, 7, 8, 10, 22, 24]:

1.3.1 Дрібнобляшковий псоріаз:

1.3.1.1 Міліарний або цятковий псоріаз – *psoriasis punctata* (розміром просяного зернятка або головки сірника).

1.3.1.2 Краплевидний або лентикулярний псоріаз – *psoriasis guttata* (елементи від 2-3 мм до розміру шовковиці).

1.3.1.3 Нумулярний псоріаз – *psoriasis numularis* (розміром з 25-50-копійкову монету).

1.3.2 Бляшковий псоріаз (розміром з дитячу долоню – до 6-7 см);

1.3.3 Крупнобляшковий псоріаз (бляшки з долоню дорослої особи – 15 см і більше);

1.3.4 Дифузні бляшки (суцільні зливні вогнища, що займають окремі ділянки тіла: шкіра спини чи живота, кінцівок; відповідає дифузному псоріазу).

1.3.5 Універсальне пошкодження (шкірний покрив хворого – суцільна патологічно пошкоджена поверхня; відповідає універсальному псоріазу).

1.4 Ступінь інфільтрації бляшок [1]:

1.4.1 Помірна.

1.4.2 Виражена (значна).

1.4.3 Різко виражена (з наявністю тріщин).

1.5 Тяжкість протікання [1, 21]:

1.5.1 Звичайна або нетяжка форма (пошкодження до $\frac{1}{3}$ шкірного покриву).

1.5.2 Середньої тяжкості псоріаз (пошкодження шкірного покриву від 30 до 50 %).

1.5.3 Тяжка форма (пошкодження шкірного

покриву від 50 до 70 %).

1.5.4 Дуже тяжка форма (пошкодження шкіри більше 70 %).

Визначення ступеня тяжкості псоріатичного процесу здійснюється за допомогою індексу *PASI* (*Psoriasis Area and Severity Index*) або індексу площі і тяжкості псоріазу, який вираховується за формулою:

$$0,1 \times (E_r + I_r + L_r) \times P_r + 0,2 \times (E_v + I_v + L_v) \times P_v + 0,3 \times (E_t + I_t + L_t) \times P_t + 0,4 \times (E_n + I_n + L_n) \times P_n,$$

де E – еритема;

I – інфільтрація;

L – лущення;

P – площа ураження шкіри, –

розрахункові параметри, які можуть набувати значення:

0 – відсутність симптомів;

1 – легкий прояв;

2 – помірний прояв;

3 – виражений прояв;

4 – різко виражений прояв.

Маленькі літери відображають, до якої частини тіла належить цей показник (голова, тулуб, верхні та нижні кінцівки).

Площа:

- долоні – 1 %;

- голови – 10 %;

- тулуба – 30 %;

- верхніх кінцівок – 20 %;

- нижніх кінцівок – 40 %.

Показник *PASI* коливається в межах 0,8-0,92.

Останніми роками оцінка впливу псоріазу на якість життя обстежуваних пацієнтів та їх змін у процесі лікування визначається за допомогою:

- Дерматологічного індексу якості життя *DLQI* (*Dermatology Life Quality Index*);

- Індексу недієздатності при псоріазі *PDI* (*Psoriasis Disability Index*).

1.6 Стадія патологічного процесу псоріатичної хвороби [1, 7, 8, 10, 15, 22]:

1.6.1 Прогресуюча стадія:

- турбує незначний свербіж;

- спостерігається поява нових елементів висипу;

- характерний периферичний ріст елементів висипу;

- тенденція до злиття елементів висипу в більші вогнища;

- папули насиченого рожевого кольору з срібно-білим лущенням у їх центральній частині;

- наявність гіперемічного вінчика росту

Пільнова довкола елементів висипу, вільного від срібно-білого лущення;

- позитивна псоріатична тріада;
- позитивна ізоморфна реакція Кебнера чи Картамишова.

1.6.2. Стаціонарна стадія:

- свербіж не характерний або слабо виражений;
- не спостерігається поява нових елементів висипу;
- відсутність росту існуючих елементів висипу;

- поверхня елементів висипу повністю вкрита срібно-білим лущенням, що легко спадає;

- папули – червоного кольору;
- позитивна псоріатична тріада;
- феномен Кебнера не викликається;
- можлива поява псевдоартрофічного вінчика Д.Л. Воронова (1924) – злегка зморщеного, біло-блискучого кільця до 5 мм.

1.6.3. Регресуюча стадія:

- утворення довкола папул вінчика Воронова;
- побіління елементів висипу у центральній частині, що приводить до появи кільцевидних, географічних та інших чудернацьких обрисів;
- залишки лейкодерми (гіпопигментних, рідше – гіперпигментних плям) на місці висипань.

1.7 Діагностичні тести [1, 7, 9, 10, 15, 17]:

1.7.1. Пошкрябування скальпелем поверхні папул дає змогу виявити тріаду характерних для псоріазу феноменів:

- феномен «стеаринової плями» – характеризується посиленням лущення при пошкрябуванні, яке нагадує розтерту краплю стеарину, що є результатом рихлості зроговілих пластин;
- феномен «термінальної плівки» – виникає внаслідок видалення лусок і подальшого оголення вологої поверхні шипуватого шару епідермісу;
- феномен «цяткової кровотечі» (феномен Ауспіца) або «кров'яної роси» (феномен А. Г. Полотебнова) – з'являється після подальшого легкого пошкрябування термінальної плівки і обумовлений травматизацією капілярних судин здовжених сосочків дерми, які легко доступні у зв'язку з наявністю ділянок витончення мальпігієвого шару над

ним.

1.7.2. Феномен Кебнера (1876) – ізоморфна реакція або травматичний псоріаз (*psoriasis traumatica*) – поява псоріатичних висипань на місцях фізичних чи хімічних пошкоджень шкірного покриву (подряпина, травма частинами одягу, операційне втручання, УФО, застосування подразнюючих мазей); найчастіше ізоморфна реакція з'являється через 10-14 днів (можливо і через 34 дні) після травми; у вогнищах виявлений лімфоцитарний інфільтрат, що свідчить про роль імунної системи в патофізіології псоріазу.

1.7.3. Симтом Картамишева – відчуття чітких меж уражень по периферії псоріатичних пляшок на волосяній частині голови, яке пропалюється із закритими очима (на відміну від себорейного дерматиту, при якому чітке обмеження не відзначається).

1.8 Сезонність висипань [1, 9, 10, 12, 15, 22]:

1.8.1 Зимовий тип (загострення хвороби в осінньо-зимовий період).

1.8.2 Літній тип (загострення хвороби в весняно-літній період).

1.8.3 Змішаний тип (не відмічено чіткої залежності загострень від пори року).

1.9 Частота рецидивів псоріатичної хвороби [1, 18, 21, 24]:

1.9.1 Рідко рецидивуючий псоріаз (загострення 1 раз в декілька років).

1.9.2 Помірно рецидивуючий псоріаз (загострення через 1-2 роки).

1.9.3 Часто рецидивуючий псоріаз (ремісія зберігається 1-3 місяці).

1.9.4 Безперервно рецидивуючий або торпідний псоріаз (неповне клінічне одужання внаслідок проведеного курсу терапії; загострення відмічається до місяця після виписки зі стаціонару).

1.10 Чутливість шкірного патологічного процесу до УФ-променів [1]:

1.10.1 Фоточутливий псоріаз (УФ-опромінення має позитивну лікувальну дію, сприяє регресу елементів висипу без подразнення прилеглої нормальної шкіри).

1.10.2 Фототоксичний псоріаз (спостерігається фототоксична дія УФ-променів на пошкоджену та здорову шкіру з явищами фотосенсибілізації у вигляді фотодерматозу, загостреного патологічного процесу).

1.11 Характер пошкоджень нігтьових пластин

тинок:

1.11.1 Ранні форми псоріазу нігтів [9,10, 21, 24]:

1.11.1.1 Цяткова оніходистрофія (або „симптом наперстка”) – характеризується цяткованим втисненням поверхні нігтьової пластинки, які обумовлені ділянками паракератозу проксимальної частини матриксу [5, 6, 10, 19].

1.11.1.2 Плямиста форма Кейнінга–Гасенфлюга (або симптом „масляних плям”) – характеризується наявністю жовто-бурих піднігтьових плям, частіше – в ділянках біля нігтьових валиків чи лунок; характерні для прогресуючої стадії псоріазу) [7, 8, 10, 24].

1.11.1.3 Папульозний псоріаз нігтів (сосочки Hebra, Heller).

1.11.2 Пізні форми псоріазу нігтів [10, 24]:

1.11.2.1 Гіпертрофічна оніходистрофія (оніхогрифоз у вигляді „симптому піщаних хвиль” або „кігтя птаха” завдяки піднігтьовому гіперкератозу) [7, 8, 10, 24].

1.11.2.2 Атрофічна оніходистрофія або оніхолізіс [7, 8, 10, 24].

1.11.2.3 Інші різновидності проявів псоріазу нігтів:

- поперечні та поздовжні борозни на нігтьових пластинках [10, 24];

- піднігтьові петехії (симптом Левенталя);

- симптом Попова або наявність дефекту епоніхії (Л.Х. Попов, 1947).

1.12 Гістологічна діагностика. В основі утворення псоріатичних папул та тріади лежать такі основні патогістологічні зміни [18, 19, 22, 26]:

1.12.1 Гіперкератоз – потовщення рогового шару епідермісу, яке часто супроводжується розвитком болючих тріщин (феномен „стеаринової плями”).

1.12.2 Паракератоз – неповноцінне зроговіння, що характеризується наявністю ядер у клітинах рогового шару, недорозвиненням або відсутністю зернистого шару (феномен „стеаринової плями”).

1.12.3 Акантоз – патологічний процес, який супроводжується потовщенням та збільшенням кількості рядів шипуватого, зернистого шарів епідермісу (феномен „термінальної плівки”).

1.12.4 Папіломатоз – значне подовження сосочків дерми, що клінічно виражається сосочковим розростанням тканин у вигляді вегетацій (феномен „кров’яної роси”).

1.12.5 Мікроабсцеси Мунро – накопичення нейтрофільних гранулоцитів внаслідок між- та внутріклітинного набряку, екзоцитозу шипуватого шару епідермісу (особливо в прогресуючій стадії).

1.12.6 Додаткові зміни епідермісу:

- збільшення його об’єму в 4-6 та гермінативних клітин – у 3 рази;

- прискорення мітотичної активності і синтезу ДНК в клітинах;

- різке скорочення часу перетворення базальних кератоцитів у рогові луски (до 4 діб, при нормі – 28 діб);

- поява в епідермальних кератоцитах кератину-17;

- порушення синтезу маркерів нормальної диференціації кератиноцитів (філагрину, інволюкрину).

2 Наявність суглобового синдрому [19, 20, 23], яка, на нашу думку, повинна враховувати такі ознаки:

2.1 Локалізація суглобового патологічного процесу:

2.1.1 Періартикулярне пошкодження (ентезити, тендовагініти).

За допомогою МРТ, УЗД та сцинтиграфії [2, 3, 12, 20, 23] у хворих на АП можна діагностувати наявність запалення в місцях прикріплення:

- зв’язок до хребців та інших кісткових утворів;

- м’язових сухожиль до костей;

- апоневрозів до костей (гребенів клубових костей, п’яток).

2.1.2. Артикулярне ураження (артрити) [5, 17].

2.2 Кількість пошкоджених суглобів [19, 20, 23].

2.2.1 Моноартрит – пошкодження одного суглоба.

2.2.2 Олігоартрит – пошкодження 2-3 суглобів.

2.2.3 Поліартрит – пошкодження більше трьох суглобів.

2.3 Симетричність суглобового патологічного процесу:

2.3.1 Симетричний.

2.3.2 Асиметричний.

2.4 Клінічний перебіг та анатомічний варіант пошкоджених суглобів:

2.4.1 Периферична форма [2, 20, 34]:

а) з домінуючим ураженням дрібних суглобів кистей за:

- дистальним або ідіопатичним типом (від ізольованого пошкодження одного дистального міжфалангового суглобу (ДМФ) до поперечного варіанту з частіше асиметричним ураженням усіх кінцевих суглобів пальців кистей і стоп);

- променевим або вертикальним типом (ізольоване пошкодження основного, середнього та кінцевого фалангових суглобів одного і того ж пальця кистей – «сископодібний палець»);

- псевдоподагричним типом (асиметричне ураження I плесне-фалангового суглобу стопи);

- проксимальним або ревматоїдно-подібним типом (з переважаючим симетричним деструктивним пошкодженням основних суглобів кистей і стоп);

б) з домінуючим ураженням середніх та великих суглобів (з переважаючим асиметричним ураженням великих суглобів (колінних, ліктьових) і/або середніх (променево-зап'ясних, гомілковоступневих) і/чи суглобів пальців кистей)

2.4.2 Центральна або Бехтереподібна форма – домінуюче пошкодження хребта, клубово-кризових та прикореневих (плечових, кульшових) суглобів з/без ознак периферичного суглобового ураження [11, 16, 24]:

а) аксіальний тип ураження (спондиліт і/або сакроілеїт);

б) спондилоартритичний тип (спондиліт і/або сакроілеїт у поєднанні з пошкодженням плечових і/чи кульшових суглобів).

2.4.3 Поєднана форма (поєднання АП з подагрою, РА, хворобою Бехтерева).

2.4.4. Перехресні форми (перехід АП у будь-який інший СпА).

2.5 Стадії перебігу та рентгенологічної недостатності [24, 28, 32, 33].

Оскільки, на основі аналізу даних літературних джерел та власних спостережень, ми схилиємося до представлення патогенезу АП з позиції генералізованої ентезопатії, як генетично детермінованої патологічної адаптаційної реакції, тому, на нашу думку, відповідно розвитку патологічного суглобового процесу включає такі стадії [21]:

2.5.1 Псорітична ентезопатія (у тому числі

латентна форма ПХ):

а) скрите протікання (виявлена лише при обстеженні);

б) артралгічна форма (підтверджується за допомогою МРТ, УЗД та скінтіграфії).

Запропонований діагноз «псорітичної ентезопатії», як початкової стадії розвитку суглобового синдрому ПХ є вкрай необхідним з метою ранньої діагностики та призначення адекватної терапії, що надасть можливість віддетермінувати появу деструктивних кісткових змін та функціональної недостатності суглобів при АП (а скеровуватись для встановлення професійної придатності пацієнти повинні при наявності діагнозу ПсА, як другої стадії перебігу АП).

2.5.2. Псорітичний артрит (підтверджується рентгенологічно):

а) синовіальна форма;

б) синовіально-кісткова форма.

2.5.3. Деформуючий псорітичний артрит – підтверджується рентгенологічно на основі:

а) деформацій суглобових поверхонь кісток;

б) множинних остеофітів;

в) підвихів (з різноосьовим зміщеннями кісток);

г) остеолізу (мутиляція);

д) анкілозу.

Слід відмітити, що, окрім вказаного, до рентгенологічних особливостей АП відносять:

- асиметричність пошкоджень;

- променевий тип артрити суглобів кистей;

- слабку вираженість субхондрального остеопорозу і поєднання остеолізу з остеосклерозом;

- кінцеве звуження дистальних епіфізів фаланг пальців;

- осифікацію періосту діалізів;

- анкілоз дистальних і проксимальних міжфалангових суглобів одного і того ж пальця, дуговідросткових суглобів шийних хребців;

- мозаїчний характер запалення суглобів і осифікації зв'язок.

Синдесмофіти грубі, асиметричні і нерідко поєднуються з паравертебральними осифікатами [5, 6, 15, 31, 34].

2.6 Фаза і ступінь активності суглобового патологічного процесу [5, 6, 14]:

2.6.1 Фаза активного патологічного процесу:

а) ФН 1-го або низького ступеня активності:

- показники ШОЕ менше 20 мм/год.;
- гіпохромна анемія легкого ступеня;
- кількість лімфоцитів – верхня межа норми;

- С-реактивний білок (+);

- переважають дистрофічні процеси в суглобах (зміни виявлені лише при рентгенологічному дослідженні у вигляді скритої артропатії або деформації без запальних ознак).

б) ФН 2-го або середнього ступеня активності:

- показники ШОЕ від 20 до 40 мм/год.;
- анемія середнього ступеня;
- кількість лімфоцитів від 40 до 50;
- С-реактивний білок (++);
- набряклість, почервоніння в ділянці суглобів, біль, підвищення температури, обмеженість рухів.

в) ФН 3-го ступеня або тяжкий перебіг:

- показники ШОЕ більше 40 мм/год.;
- виражена анемія (інколи $Hb < 50$ г/л);
- кількість лімфоцитів – 50 і більше;
- С-реактивний білок (+++ і більше);
- диспротеїнемія;
- виражені запальні явища в суглобах;
- порушення загального стану.

2.6.2. Фаза ремісії.

2.7 Функціональна активність суглобів (ФАС) і професійна придатність [2, 3]:

2.7.1 Збережена ФАС.

2.7.2 Порушена ФАС:

- а) професійна здатність збережена;
- б) професійна здатність порушена (вимагає зміну професії);
- в) втрачена здатність до самообслуговування.

2.8 Темп розвитку [1, 20, 21]:

2.8.1 Хронічний процес з повільним перебігом (звичайна форма).

2.8.2. Генералізований швидко прогресуючий процес у вигляді наступних форм:

- а) тяжка;
- б) злоякісна.

2.8.3. Латентний перебіг

3 Наявність системних пошкоджень [1, 20, 24]:

3.1 Без системних проявів.

3.2 З системними проявами:

- трофічні порушення;
- генералізована аміотрофія;
- поліаденія;
- кардит, вади серця;
- неспецифічний реактивний гепатит;
- цироз печінки;
- амілоїдоз внутрішніх органів, шкіри і суглобів;
- дифузний гломерулонефрит;
- ураження очей;
- неспецифічний уретрит та ін.

Враховуючи сказане, приведемо приклад постановки розширеного діагнозу ПХ.

Приклад постановки розширеного діагнозу псоріатичної хвороби

Паспортна частина. Хворий: Х. Вік: 52 роки (1956 р. народження). Стать: чол.

Дата надходження: 11.02.08 р.

Домашня адреса: Львівська обл., м. Старий Самбір.

Професія: електрик.

Скарги на:

- висипання на шкірі волосистої частини голови, нижніх кінцівок;
- помірний свербіж в ділянках висипання;
- набряк, обмеження і скованість рухів у колінних суглобах;
- погіршення сну.

Анамнез захворювання. Вважає себе хворим з 1998 р., відколи вперше на шкірі нижніх кінцівок і долонь з'явилися висипання. Початок захворювання пов'язує з контактом з хімічними

речовинами. Лікувався амбулаторно і стаціонарно. Загострення один раз у 2 роки в зимовий час. Подальші загострення пов'язує з нервовими стресами та вживанням алкоголю. З 2003 р. – інвалід III групи. Останнє загострення – рік тому.

Анамнез життя. Вірусний гепатит, туберкульоз, венеричні та психічні захворювання заперечує. Алергічних реакцій на продукти харчування, медикаменти не спостерігав. Спадковий анамнез не обтяжений. Шкідливі звички – часте вживання алкоголю. Супутні захворювання: неспецифічний реактивний гепатит.

Status localis. На шкірі волосистої частини голови, розгинальній поверхні нижніх кінцівок спостерігаються множинні інфільтровані елементи різних розмірів, рожево-червоного кольору; на гомілкях злиті в бляшки розміром до

7 см. Поверхня висипань вкрита срібно-білим лущенням, що легко спадає. Довкола елементів висипу – гіперемічний вінчик росту Пільнова. Псоріатична тріада – позитивна. На нігтьових пластинках кистей рук – численні цятковані вдавлення (симптом «наперстка»). Колінні суглоби набрякли з обох боків, рухомість в них обмежена; при пальпації – болючі.

Індекс *PASI* = 7,8 (до 30 %).

На протязі 7 років під нашим спостереженням перебувало 85 пацієнтів з АП на фоні ПХ. Для постановки розгорнутого діагнозу ПХ враховували розроблені нами клінічні ознаки. Згідно власним спостереженням та враховуючи дані літературних джерел, рекомендуємо для постановки діагнозу АП застосовувати такі критерії:

1 Великі критерії:

1.1 Наявність хронічного периферичного і/або осьового суглобового синдрому (ентезит/артрит).

1.2 Негативна реакція на наявність ревматоїдного фактору (РФ) та *anti-MSV*.

1.3 Псоріатичні ураження шкіри і/або нігтьових пластинок на момент обстеження і/або в анамнезі

2 Малі критерії:

2.1 Домінуюче асиметричне пошкодження суглобів за:

а) периферичним типом (моно-, олігоартрит, особливо ДМФС);

б) осьовим типом (сакроілеїт і/або спондиліт).

2.2 Наявність остеодеструктивних (остеолиз, анкілоз) і/або остеопроліферативних (гіперостози, періостити, синдесмофіти) рентгенологічних змін.

2.3 Відсутність тригерної інфекції:

а) антитіл до хламідій (ППФ, ПЛР);

б) ентеробактерій, –

в анамнезі за останній місяць.

2.4 Відсутність наявності тофусів і урикемії – при нормі:

а) у чоловіків – до 0,42 ммоль/л (7 мг %);

б) у жінок – до 0,36 ммоль/л (6 мг %), –

або вузликів Гебердена та Бушара.

Попередній діагноз: Дисемінований вульгарний бляшковидний псоріаз з помірним ступенем інфільтрації, звичайної або нетяжкої форми, прогресуюча стадія, зимовий тип, фоточутливий помірно рецидивуючий перебіг. Оніходистрофія. Периферичний симетричний псоріатичний олігоартрит (колінних суглобів) з хронічним перебігом. ФН II. ФАС 2а. Неспецифічний реактивний гепатит.

Достовірний (класичний) діагноз АП вимагає наявності 4 (3+1) критеріїв: трьох позитивних великих та одного малого.

Визначений або ймовірний діагноз АП виставляється при наявності позитивних лише двох великих критеріїв, що вимагає додатково ще одного малого критерію (2+2); зокрема, при ЛАП (латентний АП) чи АП з позитивним РФ.

Можна виставити поєднаний діагноз:

– «АП і РА» (3+1) – при протилежних значеннях другого великого і одного (а) малого критеріїв, тобто при позитивній реакції на наявність РФ та симетричному ураженні ДМФС;

– «АП і АС» (3+1) – при трьох позитивних великих і протилежному значенні одного (б) малого критеріїв;

– «АП і РеА» (3+1) – при трьох позитивних великих і протилежному значенні третього малого критеріїв.

Систематизація клінічних ознак ПХ наштовхнула нас думку про необхідність створення уніфікованої «Анкети для обстеження хворого на псоріаз». В анамнезі захворювання та описі вогнища ураження, які включають скорочений варіант запропонованих клінічних ознак ПХ, лікарю лише потрібно підкреслити те, що характерне для кожного пацієнта зокрема (див. Додаток 1). Розроблена анкета є передумовою для проведення широкого тестування хворих на псоріаз з метою удосконалення діагностичних ознак ПХ. Окрім цього, виставлення поширеного діагнозу ПХ, особливо вперше діагностованої, дасть можливість відстежити в подальшому шляхи розвитку дерматозу, роль тригерних факторів, ефективності лікування.

Висновки

1. Представлені клінічні ознаки і діагностичні критерії необхідні в роботі дерматологів в якості опорно-допоміжних для встановлення розширеного, диференційного діагнозу ПХ,

служать додатковим стандартом для оцінки перебігу дерматозу, клініко-терапевтичного ефекту рекомендованої терапії.

2. Розроблені критерії для визначення фе-

нотипу ПХ дозволяють формувати однорідні групи хворих, упорядкувати алгоритм їх лабораторного обстеження з метою подальшого лікування чи наукового дослідження.

3. Складання «Анкет для псоріатичного хворого» є передумовою для проведення бага-

ЛІТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.П. Кожные и венерические болезни: Учебн. руковод. / В.П. Адашкевич, В.М. Козин. - М.: Мед. лит., 2006. - С. 277-288.
2. Бадюкин В.В. К вопросу о классификации псоріатического артрита / В.В. Бадюкин // Клиническая ревматология. - 1995. - № 5. - С. 53-56.
3. Бадюкин В.В. Псоріатический артрит и псоріаз: проблема взаимосвязи и взаимообусловленности / В.В. Бадюкин / Избранные лекции по клинической ревматологии: Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. - М.: Медицина, 2001. - С. 82-90.
4. Беляев Г. М. Псоріаз, псоріатическая артропатия / Г. М. Беляев, П. П. Рижко. - [3-е изд., доп.]. - М.: Мед. Пресс-информ, 2005. - С. 123-125.
5. Буянов О. А. Рентгенологічна семіотика псоріатичного артриту / О. А. Буянов, В. Г. Коляденко, В. П. Кваша // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2003. - № 2. - С. 28-31.
6. Вакіряк Н. П. Удосконалення критеріїв діагностики та терапії псоріатичного артриту / Н. П. Вакіряк // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2005. - № 3 (18). - С. 131.
7. Довжанский С.И. Псоріаз / С. И. Довжанский. - Саратов: Изд-во Саратовск. ун-та, 1976. - 283 с.
8. Задорожний Б.А. Псоріаз / Б. А. Задорожний. - К.: Здоров'я, 1993. - 169 с.
9. Кожные и венерические болезни / О. Л. Иванов, В. А. Молочков, Ю. С. Бутов, С. С. Кряжева / Под ред. проф. О. Л. Иванова. - М.: Шико, 2002. - 480 с.
10. Машкилейсон Л.Н. Частная дерматология / Л. Н. Машкилейсон. - М.: Медицина, 1965. - С. 161-208.
11. Милевская С. Г. Поражение позвоночника при псоріатическом артрите / С. Г. Милевская // Вестник дерматологии. - 1988. - № 7. - С. 62-65.
12. Мордовцев В.Н. Псоріаз. Кожные и венерические болезни: Руковод. для врач. В 4-х т. / В.Н. Мордовцев / Под ред. Ю. К.Скрипкина. - М.: Медицина, 1995. - Т.2. - С. 185-209, 211-212.
13. Номенклатура, класифікація, критерії діагностики та програми лікування ревматичних хвороб / Під ред. В. М. Коваленка, Н.М. Шуби. - 2004. - С. 107 - 108.
14. Олійник І.О. Критерії оцінки ступеня виразності порушень кісткового метаболізму при артропатичному псоріазі / І. О. Олійник, Я.Ф. Кутасевич, Г. К. Кондакова // Дерматология. Косметология. Сексопатология. - 2007. - № 1-2. - С. 92-97.
15. Кожные и венерические болезни / С. Т. Павлов, О. К. Шапошников, В. И. Самцов, И.И. Ильин. - М.: Медицина, 1985. - С. 183-189.
16. Разработка и апробация диагностических критериев псоріатического артрита / Э. Р. Агабабова, В. В. Бадюкин, Ш. Эдрес [и др.] // Терапевтический архив. - 1989. - № 2. - С. 56-58.
17. Рахматов А. Б. Современные проблемы псоріатического артрита / А. Б. Рахматов, С. А. Хуждамердыев // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2003. - № 2. - С. 32-37.
18. Морфофункциональное состояние кожи при псоріазе / В. Н. Романенко, В. Г. Шлопов, Т.И. Шевченко и др. / Актуальн. вопр. дермо-венерологии: Научн.-практ. сб. ст. - Вып. 9. - Днепропетровск-Хмельницкий, 1996. - С. 28.
19. Семиряд Ю. В. Диагностика и терапия остеодеструктивных изменений у больных артропатическим псоріазом / Ю. В. Семиряд, В. Г. Радионов // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2005. - № 1. - С. 11-15.
20. Сизон О.О. Патогенетично обґрунтована класифікація артропатичного псоріазу / О.О. Сизон, В. І. Степаненко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2009. - № 4 (35). - С. 26-35.
21. Сизон О.О., Туркевич О.Ю. Клініко-діагностичні критерії для визначення фенотипу псоріатичної хвороби / О. О. Сизон, О.Ю. Туркевич // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2008. - № 4 (31). - С. 30-37.
22. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: Руковод. / Ю. К. Скрипкин. - М.: Медицина, 2005. - Т. 2. - 544 с.
23. Скрипниченко С.В. Особливості етіології, перебігу та лікування псоріатичного артриту / С. В. Скрипниченко, В. П. Булавина, А.В. Бі-

- лоус // Медицинские аспекты здоровья женщины. - 2008. - № 4 (13). - С. 82-85.
24. Терлецкий О.В. Псориаз. Дифференциальная диагностика псориазоподобных редких дерматозов. Терапия: Медицинск. атлас / О.В. Терлецкий. - СПб., 2007. - 510 с.
 25. Шебашова Н. В. Диагностика и терапия костной патологии у больных псориазом. / Н. В. Шебашова // Вестник дерматологии и венерологии. - 2001. - № 4. - С. 21.
 26. Шевченко Т.И. Патологическая анатомия псориатической болезни. / Т. И. Шевченко, В.Г. Шлопов. - К.: Укр. ІНТЕК, 2001. - 358 с.
 27. Dougados M., van der Linden S., Juhlin R., Huitfeldt B., Amor B., Calin A. et al. The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. Arthritis // Rheum. - 1991. - Vol. 3, No 4. - P. 1218-1227.
 28. Faraone S.V., Tsuang M.T. Measuring diagnostic accuracy in the absence of a "gold standard" // Am. J. Psychiatry. - 1994. - Vol. 151. - P. 650-657.
 29. Fournie B., Crognier L., Arnaud C., Zabraniecki L., Lascaux-Lefebvre V., Marc V. et al. Proposed classification criteria of psoriatic arthritis: a preliminary study in 260 patients // Rev. Rheum. Engl. Ed. - 1999. - Vol. 66. - P. 446-456.
 30. Gofton J.P. Report from the Subcommittee on Diagnostic Criteria for Ankylosing Spondylitis / Population studies of the rheumatic diseases. - Bennett P.H., Wood H.N.: Eds. - NY.: Excerpta Medica; 1966. - P. 314-316, 456-457.
 31. Helliwell P.S., Taylor W.J. Classification and diagnostic criteria for psoriatic arthritis // Ann. Rheum. Dis. - 2005. - Vol. 64. - Suppl 2. - P. 3-8.
 32. Taylor W.J., Marchesoni A., Arreghini M., Sokoll K., Helliwell P.S. A comparison of the performance characteristics of classification criteria for the diagnosis of psoriatic arthritis // Semin. Arthritis Rheum. - 2004. - Vol. 34. - P. 575-584.
 33. Taylor W., Gladman D., Helliwell P.S. et al. Classification criteria for psoriatic arthritis // Arthritis and rheumatism. - 2006. - Vol. 54, No 8. - P. 2665-2673.
 34. Symmons D., Lunt M., Watkins G., Helliwell P., Jones S., Mc Hugh N. et al. Developing Classification criteria for peripheral joint psoriatic arthritis. Step I. Establishing whether the rheumatologist's opinion on the diagnosis can be used as the "gold standard" // J. Rheumatol. - 2006. - Vol. 33. - P. 552-557.
 35. Zeiickson BD, Muller SA. Generalized pustular psoriasis. A review of 63 cases // Arch. Dermatol. - 1999. - Vol. 127. - P. 1339-1345.

ДОДАТОК І

АНКЕТА ХВОРОГО НА ПСОРИАЗ

Паспортна частина:

Прізвище, ім'я, по-батькові: _____

Вік: _____ Дата звернення: _____ Місце праці: _____

Домашня адреса: _____

Скарги:

Висипання на шкірі: _____

Свербіж у ділянках висипання: _____

Набряклість, обмеження, скованість рухів у _____ суглобах.

Погіршення сну: _____

Анамнез хвороби (*Anamnesis morbi*) (необхідне підкреслити):

Вважає себе хворим(ою) з _____ року. Початок (загострення) захворювання пов'язує з _____ Лікував(ла)ся: стаціонарно _____, амбулаторно _____ Ефект терапії _____ Сезонність висипань: зимовий, літній, змішаний тип.

Частота рецидивів: рідко рецидивуючий, помірно рецидивуючий, часто рецидивуючий, безперервно рецидивуючий.

Чутливість до УФ-променів: фоточутливий, фототоксичний.

Останнє загострення _____ Інвалідність (дата) _____

Анамнез життя (*Anamnesis vitae*):

Вірусний гепатит _____, туберкульоз _____, венеричні _____ та психічні захворювання _____.

Алергічні реакції на медикаменти _____ та продукти харчування _____.

Спадковий анамнез _____ Шкідливі звички _____

Супутні захворювання _____

Теперішній стан хворого (*status praesens communis*):

Загальний огляд:

Загальний стан хворого _____ Будова тіла _____

Шкірні покрови _____

Стан порожнини рота _____

Лімфатичні вузли _____

Стан органів:

Ендокринної системи _____

Легеневої системи _____

Серцево-судинна система _____

Система органів травлення _____

Система органів сечовиділення _____

Опис вогнища ураження (*status localis*) – необхідне підкреслити:

1 Наявність шкірного синдрому :

1.1 Поширеність патологічного процесу: обмежений, дисемінований, дифузний, універсальний (псоріатична еритродермія).

1.2 Характер папульозних елементів:

- вульгарний псоріаз: лінійний, гірляндовидний, географічний, фігурний псоріаз, кільцевидний;
 - атиповий псоріаз: плямистий; ексудативний; екзематичний; себорейний; інтертригінозний; пустульозний (генералізований пустульозний псоріаз Цумбуша, обмежений пустульозний псоріаз Барбера); папіломатозний; застарілий; рупіодний; фолікулярний; зворотній; подразнений; псоріаз долонь і підшов (гіперкератотична, кератотична, везикуло-пустульозна форми).

1.3 Величина елементів: дрібнобляшковий (міліарний, лентікулярний, нумуляний псоріаз), бляшковий, крупнобляшковий, дифузні бляшки, універсальне пошкодження.

1.4 Ступінь інфільтрації бляшок: помірна, виражена, різко виражена.

1.5 Тяжкість протікання (площа долоні хворого – 1%): звичайна _____%, середньої тяжкості _____%, тяжка _____%, дуже тяжка форми _____%.

1.6 Стадія псоріатичної хвороби:

- прогресуюча: папули рожевого кольору з срібно-білим лущенням у їх центральній частині; поява нових елементів висипу; злиття елементів висипу; периферичний ріст елементів висипу; наявність гіперемічного вінчика росту Пільнова довкола елементів висипу; позитивна псоріатична тріада; позитивна ізоморфна реакція Кернера;

- стаціонарна: немає появи нових елементів висипу; відсутність росту елементів висипу; поверхня елементів висипу повністю вкрита срібно-білим лущенням, що легко спадає; папули – червоного кольору; псоріатична тріада позитивна; феномен Кебнера _____ викликатися; поява вінчика Воронова;

- регресивна стадія: утворення довкола папул псевдоартрофічного вінчика Воронова; побіління елементів висипу у центральній частині; залишки лейкодерми (гіпо-, гіперпигментної) на місці висипу.

1.7 Діагностичні тести :

- псоріатична тріада: феномен «стеаринової плями», «термінальної плівки», феномен «цяткової кровотечі» _____

- феномен Кебнера _____

- симптом Картамішева _____

1.8 Характер пошкодження нігтьових пластинок:

- ранні форми псоріазу нігтів: цяткова оніходистрофія „симптом наперстка”; симптом „масляних плям”; папульозний псоріаз нігтів (сосочки Hebra, Heller);

- пізні форми псоріазу нігтів: гіпертрофічна оніходистрофія (оніхогрифоз у вигляді симптому „пщаних хвиль” або „кігтя птаха”); атрофічна оніходистрофія (оніхолізіс); поперечні, поздовжні борозни; піднігтьові петехії (симптом Левенталю); наявність дефекту епоніхії (симптом Попова).

9. Гістологічна діагностика: гіперкератоз, паракератоз, акантоз, папіломатоз, мікроабсцеси Мунро, інше _____

- 2 Наявність суглобового синдрому (дата встановлення): _____
- 2.1 Локалізація суглобового патологічного процесу:
- а) періартикулярне пошкодження (ентезити, тендовагініти): _____
- б) артикулярне ураження (артрити): _____
- 2.2 Кількість пошкоджених суглобів: моноартрит _____; олігоартрит _____; поліартрит _____
- 2.3. Симетричність суглобового патологічного процесу: симетричний, асиметричний.
- 2.4. Клінічний перебіг та анатомічний варіант пошкоджених суглобів:
- а) периферичний форма з домінуючим ураженням дрібних суглобів китиць по:
- дистальному або ідіопатичному типу _____
 - променевому або вертикальному типу _____
 - псевдоподагричному типу _____
 - проксимальному або ревматоїдноподібному типу _____
- б) периферичний форма з домінуючим ураженням середніх та великих суглобів _____
- в) центральна або Бехтереподібна форма: аксіальний тип ураження (спондиліт і/або сакроілеїт); спондилоартритичний тип (спондиліт і/або сакроілеїт у поєднанні з пошкодженням плечових і/чи кульшових суглобів)
- г) поєднана форма (поєднання АП з подагрою, РА, хворобою Бехтерева) _____
- д) перехресні форми (перехід АП у будь-який інший СпА) _____
- 2.5. Стадія перебігу та рентгенологічної недостатності:
- а) псорітична ентезопатія: скрите протікання, артралгічна форма;
- б) псоріатичний артрит: синовіальна форма, синовіально-кісткова форма;
- в) деформуючий псоріатичний артрит (підтверджується рентгенологічно) на основі: деформацій суглобових поверхонь кісток; множинних остеофітів; підвихів (з різноосьовим зміщеннями кісток); остеолізу (мутиляція); анкілозу. _____
- 2.6. Фаза і ступінь активності суглобового патологічного процесу:
- а) фаза активного патологічного процесу: ФН І, ФН ІІ, ФН ІІІ;
- б) фаза ремісії.
- 2.7. Функціональна активність суглобів (ФАС) і професійна придатність:
- а) збережена ФАС;
- б) порушена ФАС: 1) професійна здатність збережена; 2) професійна здатність порушена (вимагає зміну професії); 3) втрачена здатність до самообслуговування.
- 2.8. Темп розвитку:
- а) хронічний процес з повільним переходом (звичайна форма);
- б) генералізований швидко прогресуючий процес у вигляді наступних форм: тяжка, злоякісна;
- в) латентний перебіг.
- 3 Наявність системних пошкоджень:
- а) без системних проявів.
- б) з системними проявами (трофічні порушення, генералізована аміотрофія, поліаденія, кардит, вади серця, неспецифічний реактивний гепатит, цироз печінки, амілоїдоз внутрішніх органів, шкіри і суглобів, дифузний гломерулонефрит, ураження очей, неспецифічний уретрит та ін.) _____

4 Додаткові ознаки: _____

КЛІНІЧНИЙ ДІАГНОЗ: _____